

# Nouvelles de qualité

ORGANE D'INFORMATION DU PROJET D'ASSURANCE DE QUALITE

Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20814-4811 • (301) 654-8338

Janvier 1999

Volume 8, Numéro 1

## DANS CE NUMERO

### *Éditorial du PAQ:*

Organisation de qualité:  
Options Pour de Programmes  
Nationaux ..... 1

### *Article principal:*

Expérience de divers pays en  
matière d'organisation de qualité ... 6  
Chili ..... 6  
Équateur ..... 9  
Niger ..... 12  
Zambie ..... 16

Récentes activités de terrain ..... 20

Nouvelles Publications du PAQ ... 23

*Nouvelles de qualité, publiées deux fois par an, partagent avec la communauté sanitaire internationale les méthodologies, activités et résultats des initiatives d'amélioration de la qualité entreprises sous l'égide du **Projet d'Assurance de Qualité (PAQ)**.*

### **Dissemination Unit**

**The Quality Assurance Project  
University Research Co., LLC  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811, USA**

**TEL (301) 654-8338  
FAX (301) 941-8427  
<http://www.urc-chs.com>**

### *Éditorial du PAQ:*

## Organisation de la qualité: options pour des programmes nationaux

*David Nicholas, MD, MPH,  
Directeur, Projet d'assurance de qualité*

**L'**ASSURANCE DE QUALITÉ (AQ)<sup>1</sup> PEUT être envisagée dans son sens le plus large comme englobant toutes les activités qui sont effectuées pour veiller à ce que les services de santé soient à la hauteur des attentes en matière de qualité voire les dépassent. Ces activités d'AQ concernent tous les aspects de chaque organisation de soins de santé. Elles concernent les intrants, les processus et les résultats du système de soins et doivent impliquer, dans une certaine mesure, tous les services et tous les agents de santé. Ce numéro de *Nouvelles de qualité* a pour thème l'examen des choix organisationnels qui ont été faits par plusieurs programmes nationaux d'AQ. Dans cet article, nous passerons en revue les fonctions les plus importantes d'AQ, puis nous examinerons diverses méthodes d'organisation et de gestion de ces fonctions.

L'obtention de soins de qualité passe par trois conditions: l'intégration de qualité, dès le début, dans la conception

<sup>1</sup> Nous utilisons le terme d'Assurance de qualité (AQ) comme terme général pour désigner ces activités. Certains préfèrent le terme d'amélioration de qualité, et d'autres encore préfèrent n'utiliser aucun de ces termes, estimant qu'ils impliquent un programme distinct plutôt que des activités devant être totalement intégrées dans le travail de routine de toute organisation ou service de soins de santé.

du service, le maintien de qualité par un suivi et autres activités de contrôle de qualité et enfin une amélioration constante des services par des activités d'amélioration de qualité. Les activités d'AQ sont de types très variés. Les organisations ne les exécuteront pas forcément toutes. Par exemple, certaines organisations peuvent ne pas utiliser les mécanismes d'accréditation. La façon dont les activités d'AQ sont organisées et dont les responsabilités d'AQ sont attribuées varie sensiblement d'un pays à l'autre et d'une organisation à l'autre. Certaines de ces variations traduisent des différences dans la culture, la philosophie de gestion et la gamme d'activités d'AQ adoptées. Certaines de ces variations peuvent aussi résulter d'une polémique ou d'incertitudes à propos de la structure organisationnelle qui serait la plus efficace pour l'AQ. Peu de recherches à des fins d'évaluation ont été menées pour guider les gestionnaires sanitaires dans leurs décisions au sujet de la structure organisationnelle de l'AQ. Le Projet assurance de qualité évalue actuellement des programmes d'AQ dans plusieurs pays dont la situation socioéconomique est différente. L'année prochaine, nous prévoyons de publier un guide pour aider les gestionnaires sanitaires à prendre des décisions judicieuses concernant les types d'activités qu'ils devraient avoir en place et la structure organisationnelle la mieux adaptée pour garantir une mise en oeuvre efficace et durable.

## Fonctions d'AQ

Les plus importantes activités d'AQ peuvent être regroupées en fonctions, selon le schéma suivant (cf. également Tableau 1):

**1. Renforcement des capacités et formation:** Les gestionnaires, les cliniciens et le personnel de soutien à tous les niveaux ont besoin d'un savoir-faire qui leur permette de mener à bien les tâches et activités d'AQ essentielles à leur travail. Ce savoir-faire peut inclure la direction d'activités

# Nouvelles de qualité

## Quality Assurance Project University Research Co., LLC Center for Human Services

*Rédacteur en chef* Chinwe Madubuike  
*Réviseurs technique* David Nicholas, Lani Marquez  
*Conception graphique* James Chika

<i>Directeur</i>	David Nicholas, M.D., M.P.H.
<i>Directrice adjointe</i>	Tisna Veldhuyzen van Zanten, Ph.D.
<i>Administrateur du projet</i>	Patricia Sayer, B.S.N.
<i>Directeur associé, Afrique</i>	Wayne Stinson, Ph.D.
<i>Directeur associé, Amérique latine</i>	Jorge Hermida, M.D., M.P.H.
<i>Directeur, Recherche opérationnelle</i>	Paul Richardson, Ph.D.
<i>Directrice adjointe, Recherche opérationnelle</i>	Paula Tavrow, Ph.D.
<i>Directrice, Formation</i>	Jolee Reinke, M.S.N., C.P.H.Q.
<i>Directrice adjointe, Formation</i>	Thada Bornstein, M.Ed.
<i>Conseiller principal AQ (Joint Commission International)</i>	Joanne Ashton, R.N., M.N.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Bruno Bouchet, M.D., M.P.H.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Maina Boukar, M.D., M.P.H.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Marina Budeyeva, M.D., M.P.H.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Catherine MacAulay, M.P.H.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Lynette Malianga, B.S.N.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Lani Marquez, M.H.Sc.
<i>Conseiller principal AQ</i>	Rashad Massoud, M.D., M.P.H.
<i>Spécialiste AQ</i>	Hany Abdallah, M.A., M.H.S.
<i>Spécialiste AQ</i>	Edward Kelley, Ph.D. candidate
<i>Spécialiste AQ</i>	Diana Santillán-Cava, M.A.
<i>Analyste en AQ</i>	Elisa Knebel, M.H.S.
<i>Associé en recherches (Université Johns Hopkins)</i>	Barbara Kerstiëns, M.D., M.P.H.
<i>Associé en recherches (Université Johns Hopkins)</i>	Stephane Legros, M.D., M.P.H.
<i>Coordinatrice, Diffusion</i>	Chinwe Madubuike, M.P.H.
<i>Coordinatrice, Formation</i>	Diana Quaynor, B.A.
<i>Coordinatrice du projet, Afrique d'est</i>	Jennifer Shabahang, M.H.S.
<i>Coordinatrice du projet, Amérique latine et Russie</i>	Connie Lira, B.A.
<i>Coordinateur du projet, Niger et Zambie</i>	Josh Saunders, M.A.
<i>Coordinateur du projet, Recherche opérationnelle</i>	Emmanuel Okou, B.A.



**Tableau 1. Fonctions d'AQ et exemples d'activités**

Renforcement des capacités et formation	Normes	Conception de qualité	Suivi de qualité	Amélioration de qualité	Documentation
Méthodes d'AQ	Élaboration de normes	Conception de services	Autoévaluation	Résolution de problèmes	Tableaux de projets
Formation des formateurs	Communication de normes	Reconfiguration de services	Supervision	Amélioration des processus	Bulletins
Facilitation	Accréditation		Enquêtes	Reconfiguration des processus	Publications dans revues
Coaching	Certification		Systèmes d'information		Évaluations
	Octroi de licences				Conférences

d'AQ ou la gestion d'un travail en équipe pour établir des directives ou des projets d'amélioration de qualité.

- 2. Normes:** Cet élément englobe toutes les activités effectuées pour élaborer des normes et des protocoles, que ce soit pour des soins préventifs, des soins cliniques ou des procédures administratives.

Un facteur important à cet égard est le consensus croissant qui se dégage dans le monde sur le fait que les directives de soins préventifs et cliniques, de même que l'organisation des soins, devraient se baser sur les meilleures preuves scientifiques existantes.

L'application des normes et des directives échoue souvent car les agents de santé ne sont pas bien informés, ou formés ou suffisamment motivés, pour les mettre en oeuvre. Il existe un large éventail d'activités susceptibles d'être utilisées pour répondre à ces besoins en matière de communication, notamment la préparation de manuels, le renforcement des normes par la supervision et l'autoévaluation et, bien entendu, la formation.

**3. Conception de qualité (et reconfiguration):**

C'est la conception systématique de nouveaux services ou la reconfiguration de services existants pour y incorporer les facteurs qui maximisent la satisfaction des besoins de la communauté, des patients et des prestataires de soins, tout en prenant en compte les ressources disponibles.

- 4. Suivi de qualité:** L'atteinte de qualité exige que les performances soient suivies à tous les niveaux pour veiller à ce que les normes soient respectées, que les problèmes soient identifiés et que les résultats des soins soient mesurés comme points de référence devant être améliorés en permanence.

- 5. Amélioration de qualité:** Grâce aux progrès en sciences de la gestion ces dernières décennies, on a aujourd'hui une meilleure connaissance, dans l'industrie comme dans le secteur des soins, de la manière d'utiliser les principes de Gestion

<sup>2</sup> La Gestion de qualité (GQ) est une approche de gestion qui met l'accent sur quatre thèmes: (1) la compréhension des besoins et des attentes des clients, (2) la compréhension du processus de prestation de services, (3) une approche en équipe pour une amélioration continue des processus et (4) la mesure des performances.



de qualité (GQ)<sup>2</sup>. L'évaluation des besoins des clients, l'analyse des processus et des causes fondamentales, la résolution des problèmes en équipe et les méthodes de mesure des performances sont utilisées pour élever la qualité à des niveaux toujours plus hauts. Il y a en fait toute une gamme de techniques allant de la résolution rapide et simple de problèmes en équipe par les agents de santé et les gestionnaires jusqu'à une reconfiguration des processus. Des outils similaires d'amélioration de qualité peuvent être utilisés à tous les niveaux.

#### 6. *Documentation:*

Les personnes impliquées dans l'évaluation et l'amélioration de qualité doivent documenter les résultats de leurs activités afin d'inciter l'organisation à poursuivre l'amélioration de qualité, et d'enseigner un savoir-faire à autrui.

### Organisation des activités et fonctions d'AQ

Nous devons envisager ici la structure et les responsabilités. La structure pour l'organisation des fonctions et des activités d'AQ peut dépendre de la structure de gestion et de la philosophie de l'organisation de soins de santé, l'établissement de santé, qu'elle soit centralisée ou décentralisée, ou qu'elle utilise ou non (ou souhaite utiliser) une approche de gestion de qualité.

Si l'organisation a une approche de gestion de qualité, toutes les activités d'AQ peuvent facilement être intégrées dans la structure de gestion de routine. Dans certaines situations où l'approche de la gestion

est imprécise, ou particulièrement faible, la GQ peut être introduite comme moyen relativement rapide d'améliorer à la fois la gestion et la qualité des services. Quelques ministères et établissements ont établi des cellules d'AQ séparées pour certaines fonctions d'AQ, en collaboration étroite avec des gestionnaires, des cliniciens et des agents de santé de premier niveau. Ces cellules apportent une aide sur plusieurs plans: la conception de qualité, l'organisation de la formulation de normes et de directives, la conception de systèmes de suivi, l'analyse

des résultats des mesures des performances, le compte-rendu des conclusions des évaluations de qualité et des résultats, la formation ou le coaching des équipes sur les projets et activités d'amélioration de qualité, et la documentation et la diffusion des résultats des initiatives d'amélioration de qualité.

Parfois, seules des activités spécialisées d'AQ exigent une entité organisationnelle séparée, par exemple la lutte contre les infections ou l'accréditation.

En conséquence, dans une situation extrême, toutes les fonctions d'AQ peuvent être intégrées aux structures organisationnelles existantes—les orientations étant fournies par les cadres moyens. A l'opposé, certaines fonctions d'AQ peuvent être dirigées et assurées par une Cellule d'AQ ou un Directeur d'AQ. On peut trouver d'importantes variations entre ces deux cas extrêmes. Dans tout les cas, la plupart du travail effectif qu'impliquent les activités

<sup>3</sup> Dans une Culture de qualité, le **personnel** estime que la qualité est un objectif primordial de son travail et considère celle-ci comme une récompense en soi. Dans cette même culture, les **clients** considèrent la qualité comme un droit en tant que personnes, citoyens ou payeurs de soins.

*L'obtention de soins de qualité passe par l'intégration de qualité dès le début, dans la conception du service...*





d'AQ est du ressort des cadres intermédiaires, des cliniciens ou d'autres personnels de soins dans leur travail normal.

La répartition des responsabilités pour les fonctions et les activités d'AQ est également variable. La responsabilité de surveillance de l'AQ peut incomber à des cadres moyens et une part de responsabilité peut être confiée au directeur d'une Cellule d'AQ. La mise au point de principes cliniques peut s'effectuer au niveau national par un groupe d'experts qui passe en revue les preuves scientifiques, ou bien les directives peuvent être préparées par un groupe de cliniciens au niveau local. Des équipes ou des juridictions peuvent suivre leurs propres performances en pratiquant une autoévaluation, ou bien les superviseurs peuvent évaluer le respect des normes par les agents de santé. Les activités doivent être menées à bien mais c'est à chaque organisation qu'il incombe de choisir la structure qui convient le mieux pour y parvenir et la meilleure façon de répartir les responsabilités.

Quel que soit le choix d'activités, la structure ou l'attribution des responsabilités, l'AQ et l'amélioration de qualité sont impossibles, et l'organisation ne peut atteindre son objectif de qualité si les gestionnaires n'apportent pas un encadrement solide à tous les niveaux en démontrant en permanence leur attachement et leur soutien à une culture de qualité<sup>3</sup> et au travail des personnes qui participent aux activités d'AQ. Il est essentiel que du temps, du personnel et d'autres ressources soient affectif aux activités d'AQ. De nombreuses évaluations, dans l'industrie ainsi que dans le domaine des soins de santé, ont montré qu'un leadership est indispensable et que c'est le facteur le plus déterminant pour la réussite de l'AQ et l'obtention de produits et de services de haute qualité.

## Durabilité

La durabilité désigne la capacité d'une organisation à maintenir et à appuyer des fonctions et des activités d'AQ et à améliorer continuellement la qualité dans le long terme lorsque l'assistance extérieure a pris fin et que l'enthousiasme initial est passé. Plusieurs facteurs sont importants. Il est très important de créer et de recommander une culture de qualité parmi les organisations professionnelles, les hommes politiques, les groupes de citoyens, les institutions de formation, les employeurs et les caisses d'assurance. Les questions de déontologie, d'équité et l'engagement à fournir un service à autrui sont des éléments essentiels de la formation et de l'exemple que donnent les personnes influentes au sein de l'organisation. Notre expérience jusqu'à présent suggère que, plus les fonctions et les structures d'AQ peuvent être intégrées à la structure de gestion de routine, et plus les cadres moyens dirigent les activités d'AQ, meilleures seront les chances de réussite et de pérennité. Enfin, l'évaluation rétrospective et l'examen des performances à tous les niveaux sont essentiels car la connaissance des performances encourage les améliorations.

L'article suivant décrit les dispositions organisationnelles pour la structure et les fonctions d'AQ choisies par quatre pays qui pratiquent des activités d'AQ depuis sept ans avec un soutien du PAQ. Leurs histoires illustreront les stratégies qu'ils ont utilisées pour surmonter les problèmes décrits dans cet article.





# Expérience de dix pays en matière d'organisation de qualité

Lani Marquez, MHS, Conseiller principal en Assurance de qualité

Chinwe Madubuike, MPH, Spécialiste en Assurance de qualité

## Chili

### Généralités

Le Programme national pour l'évaluation et l'amélioration de qualité (connu sous son acronyme espagnol d'EMC) a été créé au sein du Ministère de la santé (MDS) en 1991 avec les buts suivants:

- 1) accroître la prise de conscience de l'importance de qualité dans tout le système de santé;
- 2) élaborer une structure qui appuie les activités d'assurance de qualité;
- 3) obtenir des améliorations mesurables de qualité des soins et de services; et
- 4) améliorer la satisfaction des patients.

Le PAQ a fourni une assistance technique à une équipe de base d'amélioration de qualité au Ministère chilien de la santé entre mars 1991 et décembre 1994 afin de développer les compétences locales en AQ et les capacités de formation, et d'aider à la conception de la stratégie visant à étendre les activités d'AQ à l'ensemble du système de santé. Étant donné que les services de santé du secteur public chilien sont gérés par le biais de 29 Services de santé décentralisés, le principal objectif d'EMC a été de renforcer les capacités d'AQ et de motiver les agents de santé pour qu'ils entreprennent des activités d'AQ au niveau des Services de santé et des établissements, plutôt que de diriger les activités d'AQ à partir du niveau national.

### Organisation de l'AQ

Alors que le Chili avait entamé son initiative d'AQ avec une équipe de coordination au niveau central, il

ne reste plus actuellement qu'un seul membre à plein temps au sein du Ministère de la santé, affecté à la Cellule de qualité et des normes du Département des soins de santé intégrés. Cette personne se consacre à la promotion d'activités d'assurance de qualité en apportant une formation et un soutien technique aux 29 Services de santé du pays. Conformément à la politique de décentralisation de la prestation des services de santé, la plupart des activités d'assurance de qualité se situent au niveau des Services de santé où des Comités de qualité ont été formés à l'échelon des Services de santé et/ou des établissements dans la plupart (79%) des 29 Services de santé du pays.

Les Services de santé ont été invités à élaborer leurs propres politiques et plans d'action d'AQ, et à organiser des activités d'AQ par l'intermédiaire de Comités locaux d'AQ. Certains Services de santé ont plusieurs Comités de qualité (essentiellement dans les hôpitaux), alors que la plupart n'en ont qu'un au niveau des Services de santé. Les Comités de qualité constituent une structure pour la définition des priorités, l'attribution des tâches, la coordination de la formation et le soutien technique, ainsi que le partage et la diffusion de l'information.

En outre, des observateurs de qualité ont été formés par le personnel d'AQ au niveau central du MDS dans la majorité des Services de santé. Ces observateurs ont joué un rôle crucial dans la formation en assurance de qualité et l'encadrement au niveau local, facilitant ainsi la décentralisation du programme EMC et établissant les fondements de sa continuité.



<b>Chili 1997</b>	
Population, mi-année (millions)	14,6
PNB par habitant (méthode atlas, \$ US)	5.020
Croissance moyenne annuelle, 1991-1997 de la Population (%)	1,5
Estimation la plus récente (dernière année disponible, 1991-1997)	
Pauvreté (% de la population en-dessous du seuil national de pauvreté)	21
Population urbaine (% de la population totale)	84
Espérance de vie à la naissance (années)	75
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	11
Malnutrition infantile (% des enfants de moins de cinq ans)	1
Accès à une eau salubre (% de la population)	85
Illettrisme (% de la population de plus de 15 ans)	5
Source: Site internet de la Banque mondiale	

### Renforcement des capacités et formation

Le principal objectif de l'équipe d'AQ à l'échelon national durant les quatre premières années du programme EMC a été de former et de motiver les agents de santé de l'ensemble du territoire pour qu'ils utilisent des techniques d'assurance de qualité. A ce jour, plus de 6.500 professionnels de la santé ont reçu une formation en méthodes d'assurance de qualité par l'équipe centrale et 4.012 par les surveillants de qualité. Les 615 surveillants ont été formés en techniques AQ avancés et méthodes de « coaching ». Ces formations permirent de bâtir les capacités en AQ de 10.600 professionnels de santé.

### Normes

Récemment, la Cellule centrale de qualité s'est vue confier un rôle complémentaire pour le développement du rôle de contrôle du Ministère de santé pour privilégier la qualité. La cellule passe actuellement en revue les lois, les décrets, les règlements, les normes et les





protocoles existants pour ce qui est de leur effet sur la qualité des soins, et elle cherche à déterminer comment le MDS peut mettre en place des groupes d'experts pour formuler des normes dans des domaines spécialisés.

## Amélioration de qualité

L'équipe centrale du MDS, qui a créé le programme d'assurance de qualité du ministère, a décidé délibérément d'accorder une place prépondérante aux activités d'amélioration de qualité dans le programme chilien d'AQ. L'amélioration de qualité était considérée comme étant la meilleure stratégie possible face au besoin perçu de résultats immédiats pour ce qui est de qualité des services de soins de santé, en particulier pour les soins de santé primaires (SSP). Durant les deux premières années de sa mise en oeuvre, le programme national d'AQ a mis l'accent sur des activités pour le recrutement et la formation d'agents de santé à tous les niveaux du système de soins et leur apprentissage des principes et méthodes d'assurance de qualité, de même que sur des activités les incitant à entreprendre des projets locaux d'amélioration de qualité. Grâce à cette stratégie, un nombre important de professionnels de la santé au Chili ont mobilisé leurs énergies et compétences pour contribuer de manière significative ou plus modeste à l'amélioration de qualité des soins dans les hôpitaux et dispensaires où ils exercent. Au cours des cinq premières années, plus de 400 projets d'amélioration de qualité ont été réalisés dans l'ensemble du pays et bien d'autres améliorations ciblées ont été enregistrées en dehors de la structure de projets formels.

## Documentation

Le MDS a parrainé une Conférence Nationale Annuelle en matière d'assurance de qualité qui sert de tribune pour présenter les résultats des efforts

d'amélioration des processus et pour un échange d'expériences sur la mise en oeuvre d'activités d'AQ. La Cellule pour la qualité et les normes au sein du MDS dispose d'un centre de documentation sur l'AQ qui regroupe notamment des rapports relatifs à des projets particuliers d'amélioration des processus.

## Durabilité

L'assistance technique extérieure au programme chilien d'AQ a pris fin en 1994. Depuis juillet 1993, tous les Services de santé ont payé sur leurs budgets locaux la formation en AQ et l'assistance technique de la Cellule d'AQ du niveau central. Le personnel du PAQ et ses homologues chiliens estiment que les facteurs suivants ont fortement contribué à l'institutionnalisation de l'AQ dans le système de santé chilien: 1) la création d'une équipe au niveau central qui dispose d'une excellente maîtrise des techniques d'AQ, des approches de formation et des compétences interpersonnelles; 2) une stratégie de mise en oeuvre décentralisée qui a motivé le personnel des Services de santé pour qu'il prépare des activités d'AQ en réponse aux besoins, aux priorités et aux ressources locaux; 3) la préparation de matériel de formation et de référence en AQ adapté au contexte chilien; 4) la formation d'observateurs de qualité dans tout le pays, ce qui a facilité l'échange d'expériences et le transfert des compétences; et 5) une collaboration avec les écoles professionnelles et les universités chiliennes qui a renforcé les compétences techniques à la disposition du MDS et a débouché sur l'inclusion de l'assurance de qualité dans les programmes d'études professionnels, un facteur contribuant encore à l'institutionnalisation.





# Equateur

## Généralités

Le Ministère équatorien de la santé a créé son Programme National d'Assurance de Qualité en mars 1996. Tandis que le programme a entrepris des activités de formation au niveau national pour encourager l'assurance de

qualité dans tout le ministère, la plupart de ses efforts se sont concentrés jusqu'à présent sur sept des vingt et une provinces du pays, notamment sur ses trois villes les plus importantes. Dans les districts pilotes, le conseiller résident du PAQ a guidé les équipes pour la mise en oeuvre de micro-projets d'amélioration de qualité et a travaillé avec les responsables à l'échelon des districts pour formuler des plans stratégiques et des plans d'action en matière d'as-

surance de qualité et pour définir des normes essentielles de qualité. Le Ministère de la santé se concentre maintenant sur l'expansion des activités au-delà du niveau pilote pour intégrer plus pleinement l'AQ dans les opérations du ministère à travers tout le pays, dans le contexte d'un processus de réforme plus vaste du secteur de la santé qui est actuellement en cours en Equateur. Des politiques nationales ont été formulées afin d'inclure l'amélioration de qualité des soins parmi les objectifs majeurs du processus de réforme.

## Organisation de l'AQ

Au niveau national, un Coordinateur du Programme d'assurance de qualité supervise et appuie les activités pilotes. Il a récemment été transféré au sein de la Cellule Technique pour la Réforme du Secteur de la Santé au MDS afin de renforcer l'intégration des activités d'AQ dans le projet de réforme du secteur sanitaire.

Les travaux pilotes dans les provinces d'Azuay et de Bolivar ont abouti à la formation d'équipes d'assurance de qualité au niveau des provinces, des hôpitaux et des districts sanitaires pour la formulation de plans stratégiques en rapport avec la qualité, notamment l'identification d'aspects critiques pour l'amélioration de qualité. Des équipes pilotes d'amélioration de qualité, constituées de prestataires de soins et de responsables de programmes, ont été for-

mées dans plusieurs provinces et districts sanitaires pour identifier et formuler des solutions à des problèmes de qualité particuliers.

## Renforcement des capacités et formation

Durant la première année, le Programme national d'assurance de qualité a privilégié le renforcement des capacités pour l'amélioration de qualité en formant des facilitateurs nationaux d'assurance de qualité qui, à leur tour, peuvent appuyer la création et la formation d'équipes locales d'amélioration de qua-

Equateur 1997	
Population, mi-année ( <i>millions</i> )	11,9
PNB par habitant ( <i>méthode atlas, \$ US</i> )	1590
Croissance moyenne annuelle, 1991-1997 de la Population (%)	2,1
Estimation la plus récente ( <i>dernière année disponible, 1991-1997</i> )	
Pauvreté (% de la population en dessous du seuil national de pauvreté)	35
Population urbaine (% de la population totale)	60
Espérance de vie à la naissance ( <i>années</i> )	70
Mortalité infantile ( <i>pour 1.000 naissances vivantes</i> )	33
Malnutrition infantile (% des enfants de moins de cinq ans)	17
Accès à une eau salubre (% de la population)	70
Illettrisme (% de la population de plus de 15 ans)	10

Source: Site internet de la Banque mondiale



lité dans les hôpitaux et établissements provinciaux des districts sanitaires pilotes. Des séminaires de formation provinciaux en AQ sur la résolution de problèmes, l'amélioration des processus, la planification stratégique pour la qualité et la formulation de normes ont eu lieu dans les provinces d'Azuay et de Bolivar. Les activités de renforcement des capacités d'AQ sont maintenant axées sur la formation des formateurs et des facilitateurs d'AQ pour aider au développement des capacités d'AQ dans trois autres provinces.

## Normes

Une assistance technique a été fournie par Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO) pour réviser les normes nationales et cliniques du pays en matière de santé de la reproduction, notamment pour la gestion des soins obstétricaux essentiels (SOE). Le MDS publie maintenant des normes révisées dans tout le pays et pilote une formation intensive et une orientation relative aux nouvelles normes de santé de la reproduction dans la province de Cotopaxi. En prélude à des activités de communication et de renforcement des normes écrites, on a procédé à une évaluation des connaissances des professionnels de la santé au sujet de diverses normes dans quatre hôpitaux de la province. Des évaluations rapides de la capacité à fournir des SOE ont

été effectuées dans dix centres de santé, l'hôpital de district et hôpital régional de Cotopaxi.

## Conception/reconfiguration de qualité

Des activités de conception de qualité sont entreprises en Equateur dans le cadre de l'Initiative pour faire régresser la Mortalité Maternelle en Amérique

latine et dans les Caraïbes. Un atelier s'est tenu en mai en Équateur pour enseigner à des équipes constituées de prestataires de soins de santé, de délégués de communautés et de délégués d'Organisation Non-Gouvernementale (ONG) une approche de la conception de qualité qui leur permette de travailler ensemble pour concevoir les éléments d'un système de prestation des SOE de qualité. Cinq équipes ont été formées: deux équipes conçoivent des procédures pour la réception/le triage des patients, une



équipe conçoit des interventions d'Information, Education, Communication (IEC), la troisième conçoit des procédures référence/contre référence et la cinquième travaille sur des procédures pour les soins prénatals. Une deuxième série d'activités de conception commencera prochainement. Elle sera axée sur les SOE dans les établissements, sur la formation en SOE et le transport des femmes qui connaissent des complications.



## Suivi de qualité

La mise au point d'indicateurs locaux de qualité revêt une importance croissante en Équateur, au moment où le Ministère de la santé est en train de lancer un grand Projet de Modernisation du Secteur Sanitaire (MODERSA) avec financement de la Banque mondiale. Ce projet établira des réseaux de soins locaux qui passeront des contrats basés sur les performances. Le conseiller résident en AQ participe à une commission technique de haut niveau pour formuler des indicateurs de qualité destinés à être utilisés dans la gestion des deux premiers réseaux pilotes locaux de soins.

## Amélioration de qualité

Environ seize équipes d'amélioration de qualité ont été formées dans les districts pilotes des provinces d'Azuay et de Bolivar. La plupart des équipes ont achevé leur travail ou sont en train de mettre en oeuvre une intervention apportant des solutions. L'une des caractéristiques des équipes pilotes en Équateur est l'importance qu'elles accordent à l'utilisation des données sur la satisfaction des patients dans le choix et l'analyse des problèmes.

## Documentation

Le Coordinateur du Programme national d'AQ tient à jour les informations sur les activités d'AQ au niveau central et provincial. Un bulletin faisant le point des activités d'AQ dans tout le pays est publié

depuis 1997. Une conférence nationale a été organisée en 1997 pour permettre aux équipes d'amélioration de qualité de présenter leurs expériences et leurs réalisations à une audience nationale.

*Des politiques nationales ont été formulées afin d'inclure l'amélioration de qualité des soins parmi les objectifs majeurs du processus de réforme.*



## Durabilité

Le PAQ a toujours un conseiller résident en Équateur avec pour mission de fournir un soutien technique au MDS dans la conception et la mise en oeuvre d'activités d'AQ. Au niveau central, le MDS a récemment créé une "Cellule de Gestion de Qualité et de la Productivité" qui conseillera le Directeur des services de santé pour

effectuer la transition des activités d'AQ de la phase pilote/de démonstration à celle de la mise en oeuvre de l'assurance de qualité dans tous les établissements du MDS et dans des systèmes de soins locaux sur une base géographique. On s'attend à ce que le Projet de réforme du secteur de la santé, récemment lancé et financé par la Banque Mondiale, fournisse un cadre pour la mise en route d'activités d'AQ dans tout le pays, dans le contexte du processus de réforme du secteur de la santé.

# Niger

## Généralités

Le Projet d'assurance de qualité de Tahoua a débuté en 1994 pour une durée totale de 5 ans. Il s'agit d'une initiative de coopération entre le Ministère de la santé publique du Niger et le PAQ pour améliorer la prestation des services de soins de santé primaires essentiels en intégrant et en institutionnalisant l'approche d'assurance de qualité dans le système de soins de santé primaires d'une zone pilote. La région de Tahoua, qui compte 1,6 millions d'habitants selon les estimations et avec des ressources très limitées face aux besoins de soins de santé primaires de cette population, a été choisie comme zone d'intervention. A l'issue d'une évaluation des besoins de santé des mères et des enfants de Tahoua, le personnel du PAQ/Tahoua a choisi les interventions cliniques à inclure dans le paquet minimum d'activités qui bénéficierait du soutien du projet de Tahoua. Ces services comprennent: la planification familiale, les soins prénatals, la nutrition, la vaccination, la prise en charge des cas de diarrhée, le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires aiguës. Le projet a cherché à introduire une approche de gestion de qualité pour la prestation des soins par la formation, en précisant et en communiquant les normes cliniques et de gestion, le suivi et la mise en oeuvre d'un processus pour prévenir et corriger les problèmes.

Pendant les deux dernières années de la collaboration avec BASICS, le PAQ a aidé les sept Équipes cadres de district de Tahoua (ECD) à formuler des indicateurs et des outils de collecte de données pour exécuter des évaluations rapides de l'application de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Le projet de Tahoua a démontré que des gains mesurables dans la qualité des services sont possibles, même lorsque les ressources du système de santé sont extrêmement limitées, en motivant et en habilitant les agents de santé locaux. Des préparatifs sont en cours pour introduire la gestion de qualité dans d'autres régions du Niger.



## Organisation de l'AQ

A Tahoua, le MDS a formé un Conseil de qualité pour promouvoir une vision et une mission régionales d'un système de soins de santé de qualité, soutenir et superviser les activités d'amélioration de qualité dans les districts et garantir l'intégration de l'AQ à l'ensemble du

système de soins de santé primaires. L'ECD a pris en charge des activités d'AQ dans le cadre de ses attributions normales. Une Cellule d'AQ au niveau central du MDS a été organisée récemment pour soutenir des activités d'AQ dans l'ensemble du pays mais elle ne dispose pas encore de tout son personnel.

## Renforcement des capacités

La formation était une stratégie fondamentale à Tahoua pour permettre au personnel de santé d'ap-



pliquer les concepts et méthodes d'assurance de qualité. La première grande activité de formation a préparé les équipes d'amélioration de qualité au perfectionnement des processus et à la résolution de problèmes au niveau de la Direction Départementale Sanitaire et dans les sept centres médicaux de district. La formation a donné aux participants un cadre et des compétences pour résoudre systématiquement et en équipe des problèmes en rapport avec la qualité en utilisant des méthodes et des outils adaptés aux conditions locales.

Pendant les séminaires de formation, les participants ont choisi un problème, préparé un texte de définition et entamé une analyse préliminaire.

Le projet a apporté à 76 agents de santé des compétences en assurance de qualité pendant les deux premières années et demie. En plus, 168 employés du secteur sanitaire de toute la région ont reçu une formation en mai et juin 1996 grâce à une stratégie de formation en cascade.

Le PAQ a enseigné à d'autres employés régionaux comment jouer un rôle de coach ou de facilitateur pour des équipes d'amélioration de qualité. Le rôle des facilitateurs était de veiller à l'application correcte des outils de résolution de problèmes, de superviser les modalités de travail en équipe et leurs activités, et de fournir d'autres formes de soutien technique. Lors de récents séminaires de formation,

les ECD ont appris à intégrer la méthode de coaching au système normal de supervision.

## Normes

Les améliorations de qualité initiées dans les districts ont aidé à attirer l'attention sur des services pour lesquels les normes ou les standards n'étaient pas clairs. Les superviseurs ont constaté des lacunes dans la disponibilité des normes et des standards

pour la gestion et les fonctions cliniques. Pour remédier au manque de directives claires, le projet a aidé la direction départementale sanitaire à organiser une équipe pluridisciplinaire, à plusieurs niveaux, pour préparer un *Manuel sur les normes et les standards pour les vaccinations*. L'équipe a également préparé un manuel de procédures standardisées portant sur les procédures de gestion et d'administration dans les centres de santé et les districts, notamment pour la gestion du personnel, l'inventaire des stocks et la mainten-

ance des véhicules. Le manuel a été diffusé lors de réunions trimestrielles au niveau du district.

## Suivi de qualité

Le Conseil de qualité a estimé que la supervision était la principale filière pour l'introduction de l'assurance de qualité et pour prévenir et corriger les erreurs en ce qui concerne la qualité des soins.

Niger 1997	
Population, mi-année ( <i>millions</i> )	9,7
PNB par habitant ( <i>méthode atlas, \$ US</i> )	200
Croissance moyenne annuelle, 1991-1997 Population (%)	3,3
Estimation la plus récente ( <i>dernière année disponible, 1991-1997</i> )	
Pauvreté (% de la population en dessous du seuil national de pauvreté)	63
Population urbaine (% de la population totale)	19
Espérance de vie à la naissance (années)	47
Mortalité infantile ( <i>pour 1.000 naissances vivantes</i> )	116
Malnutrition infantile (% des enfants de moins de cinq ans)	43
Accès à une eau salubre (% de la population)	53
Illettrisme (% de la population de plus de 15 ans)	86
<i>Source: Site internet de la Banque mondiale</i>	





L'analyse du système de supervision a révélé cependant de sérieuses carences imputables en partie à un manque de temps et de ressources dans les districts. Pour faire face à ces contraintes sous-jacentes qui affectent la supervision, le Conseil de qualité a décidé d'une refonte de tout le système. De ce fait, une nouvelle politique a été mise au point. Elle a créé des équipes de supervision régionales et intégrées au niveau des districts, et elle a décrit en détail leur organisation, leurs rôles, responsabilités, méthodes, fréquence et obligations en matière de comptes rendus. Les équipes de supervision des districts étaient antérieures à la constitution officielle des ECD dans tout le pays en juillet

1996 et elles ont donné à leurs membres une longueur d'avance pour s'attaquer aux besoins de gestion qu'implique l'administration d'un district.

## Amélioration de qualité

Des équipes d'amélioration de qualité ont été établies dans chacun des sept districts de Tahoua, en fonction des centres médicaux de district. Les équipes étaient chargées d'initier des activités d'amélioration de qualité dans les districts et d'appuyer les efforts d'amélioration des processus au niveau des structures de santé.

Les équipes d'amélioration de qualité ont reçu initialement un soutien technique et un entraînement « coaching » du conseiller résident du PAQ au Niger qui leur rendait visite toutes les six semaines environ pour les motiver et les aider à appliquer la

méthodologie d'assurance de qualité. Le Directeur Départemental de la santé a également effectué des visites sur place. Un suivi intensif s'est avéré crucial car les techniques et les outils d'assurance de qualité demandent des attitudes et des compétences très différentes de celles dont les agents de santé avaient l'habitude. Il y a actuellement un groupe central de professionnels de l'AQ à Tahoua qui partage ses compétences non seulement avec les professionnels de la santé d'autres régions du Niger mais aussi avec des confrères d'autres pays d'Afrique francophone.

*Les équipes étaient chargées d'initier des activités d'amélioration de qualité dans les districts et d'appuyer les efforts d'amélioration des processus au niveau des structures de santé.*



Nombre des progrès réalisés en matière de qualité par les équipes sont le résultat de l'identification de problèmes durant la supervision. Des réunions trimestrielles de région et de district initiées par le projet ont servi de forum pour le suivi des performances du système de santé sur la base de statistiques de services et des progrès des équipes d'amélioration de qualité. Les équipes analysent la rétroinformation des systèmes de supervision,

discutent de questions et de problèmes identifiés durant le trimestre et établissent des priorités pour d'autres améliorations. Les réunions départementales et de district aboutissent souvent à la création d'équipes aux diverses fonctions pour remédier à des problèmes qui se situent à plusieurs niveaux. Elles ont également contribué à la prise de décision participative concernant la gestion du système de soins de santé à chaque niveau.



## Documentation

Les activités de diffusion ont été mises en exergue durant tout le projet comme étant un moyen de documenter les progrès et d'évaluer les résultats. La principale filière du projet pour la dissémination interne est un bulletin trimestriel intitulé "ADER SANTÉ INFO" qui est rédigé et distribué par le personnel de la Direction départementale de la santé. Les réactions du terrain à cette publication ont été positives, et "ADER" continue de susciter un vif intérêt.

Après deux années et demie d'expériences et de résultats sur le terrain, le projet a organisé une conférence de trois jours en décembre 1995 pour disséminer l'expérience de Tahoua en matière d'amélioration de qualité, de supervision axée sur la qualité et d'utilisation des normes et des données pour suivre les améliorations de qualité des services. Sur la base des résultats de Tahoua, les participants à la conférence ont avalisé la méthodologie d'assurance de qualité comme outil efficace pour l'amélioration de qualité des services cliniques et de soutien du système de santé nigérien, et ils ont demandé à ce que la formation en assurance de qualité soit incluse dans la formation de base et en cours d'emploi pour tous les prestataires de soins.

Le personnel de la Direction départementale de la santé et des districts de Tahoua a fait de nombreux exposés dans le pays et à l'étranger, notamment devant la Société internationale pour l'assurance de qualité dans le domaine de la santé (ISQua), la Conférence est-africaine sur la qualité des soins et une réunion régionale en Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé.

On trouvera des détails relatifs à la « Conférence internationale sur l'assurance de qualité et la PCIME pour l'amélioration de qualité des soins et des services de santé » dans la partie "Récentes activités de terrain" (p.20) de ce bulletin.

## Durabilité

En raison de la fermeture de la mission de l'USAID au Niger, le PAQ cessera de fournir un soutien technique au MDS à partir du 31 décembre 1998. Au niveau central, il y a un attachement manifeste à l'AQ, notamment avec la désignation d'experts en AQ à des postes décisionnels clés au sein du MDS. Le Ministère de la santé estime que les résultats suivants de l'expérience de Tahoua faciliteront l'institutionnalisation de l'AQ au niveau national: 1) l'application réussie de la gestion de qualité aux services de santé; 2) la participation communautaire; 3) le développement de Tahoua comme site pilote national et international pour l'AQ; et 4) la compétence accrue des agents de santé.

Du fait de la volonté du MDS de soutenir les résultats de Tahoua, l'OMS s'est engagée à soutenir les activités d'AQ pour encore un an au moins après la fin des activités du PAQ au Niger. L'an dernier, la Banque mondiale et l'UNICEF ont accepté d'appuyer les projets d'assurance de qualité au Niger et commenceront à le faire en 1999.

# Zambie

## Généralités

En 1993, la Zambie a entamé une importante réforme de son secteur de la santé. Dans le cadre de la réforme, un programme d'assurance de qualité a été instauré pour améliorer la qualité des soins. La stratégie du programme consistait à renforcer les capacités d'AQ au niveau des districts et à celui des centres

de santé par une formation du personnel sur les points suivants: i) l'établissement de normes pour les services de santé; ii) les indicateurs de suivi des réalisations; et iii) la méthodologie de résolution de problèmes en équipe. Un réseau de « coaches » (facilitateurs pour les équipes d'amélioration de qualité dans les centres de santé) et de facilitateurs des liaisons (formateurs en assurance de qualité qui fournissent un soutien aux coaches et qui sont chargés de plusieurs

districts) couvrent maintenant pratiquement tout le pays. Des équipes d'amélioration des processus ont été constituées dans la plupart des districts zambiens. Les équipes choisissent des problèmes relatifs à la qualité des soins identifiés, à la fois dans la perspective de l'utilisateur et dans celle du prestataire, elles documentent les causes profondes, formulent des solutions qu'elles appliquent et suivent les progrès par le biais d'indicateurs.

## Organisation de l'AQ

Avant l'établissement du Bureau central de la santé (CBoH), la responsabilité du Programme zambien d'assurance de qualité incombait à la Cellule d'assurance de qualité (QA) de l'Équipe de mise en oeuvre de la réforme de la santé au sein du Ministère de la santé.

Depuis la création du CBoH vers la fin de 1996, la Cellule d'audit de qualité des services et des perfor-

mances à la Direction du suivi et de l'évaluation est chargée de veiller à ce que tous les échelons des soins de santé soient initiés au concept d'Assurance de qualité. Cette cellule au niveau central forme et soutient en AQ les Équipes de gestion de district sanitaire (DHMT) et des centres de santé. En outre, les membres des DHMT ont reçu une formation de coaches d'AQ ou de facilitateurs des liaisons, ou ont participé à un autre genre d'activité de formation en AQ.

### Zambie 1997

Population, mi-année (millions)	9,4
PNB par habitant (méthode atlas, \$ US)	380
Croissance moyenne annuelle, 1991-1997 de la Population (%)	2,7

Estimation la plus récente (dernière année disponible, 1991-1997)	
Pauvreté (% de la population en dessous du seuil national de pauvreté)	86
Population urbaine (% de la population totale)	44
Espérance de vie à la naissance (années)	43
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	113
Malnutrition infantile (% des enfants de moins de cinq ans)	29
Accès à une eau salubre (% de la population)	43
Illettrisme (% de la population de plus de 15 ans)	22

Source: Site internet de la Banque mondiale

## Renforcement des capacités

La formation dans les districts cibles a privilégié initialement l'établissement et le suivi de normes. Elle a ensuite été élargie pour inclure les techniques de résolution de problèmes. Au niveau central, le personnel de la Direction du suivi et de l'évaluation facilite la formation de prestataires de soins pour qu'ils fassent leur autoévaluation, pour mesurer leurs performances et leur respect des normes con-

venues, et pour répondre aux besoins des clients/utilisateurs. Cette cellule fournit une formation et une surveillance technique en AQ aux DHMT et à leurs centres de santé. La formation en assurance de qualité (avec des différences entre les districts) a généralement comporté les volets suivants:

1. un atelier de sensibilisation (un séminaire d'orientation d'un jour pour introduire les concepts d'assurance de qualité);
2. un stage d'une semaine pour le personnel sur le système dynamique d'établissement de normes (DySSSy);
3. un stage semblable de cinq jours sur la formulation d'indicateurs de suivi pour des groupes au niveau des districts et des établissements; et
4. un stage de deux semaines consacré aux compétences de base pour l'utilisation d'outils et de techniques d'AQ.

En plus de recevoir une formation en compétences essentielles d'AQ, les membres des DHMT ont reçu une formation de coach et de facilitateur de liaison pour l'AQ.

## Suivi de qualité

Le CBoH utilise trois mécanismes principaux pour suivre les performances des services de santé: des audits des performances, des visites de supervision et le système d'information en gestion sanitaire.

Des **audits des performances** doivent être réalisés en principe tous les trimestres par chacune des quatre directions régionales et ils consistent à inspecter les DHMT, les hôpitaux et les centres de santé. Les audits des performances rassemblent des renseignements principalement sur la gestion financière, les procédures comptables, les établissements de santé, les normes structurelles et les processus de gestion et de planification. On ne dispose que d'un nombre restreint d'indicateurs sur le respect des normes

pour les processus, par exemple la proportion de clients examinés et diagnostiqués correctement. Il existe une étude qui porte sur un échantillon de dix dossiers de patients hospitalisés et de consultants externes. Étant donné que d'ordinaire les dossiers médicaux mentionnent seulement les symptômes et le traitement, leur examen permet uniquement de vérifier l'adéquation du traitement sans connaître l'exactitude du diagnostic. Il n'y a pas d'observation

directe de la prestation des soins et, de ce fait, il n'est pas possible de juger dans son ensemble la performance clinique des agents de santé.

Les visites de supervision des centres de santé sont souvent effectuées par la DHMT. La durée moyenne de ces visites est d'une à deux heures. Les superviseurs utilisent habituellement une liste de contrôle, bien qu'il n'existe pas de liste de contrôle normalisée qui soit utilisée pour évaluer la qualité des soins cliniques. Le CBoH a mis au point une liste de con-





trôle intégrée prévoyant une observation directe des soins—cette liste est utilisée essentiellement pour la PCIME. Les membres des DHMT préfèrent utiliser des listes de contrôle qui se concentrent sur l'inspection des établissements et l'examen des dossiers plutôt que d'utiliser l'observation directe comme outil de supervision.

L'actuel Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) a été récemment reconfiguré pour prendre la relève de l'ancien système qui exigeait des établissements de santé qu'ils rapportent des statistiques de service au niveau central. Le nouveau système a été testé dans quinze districts et il a été étendu à l'ensemble du pays. L'un des aspects majeurs du SIGS est l'utilisation de formulaires d'autoévaluation sur une base trimestrielle par les centres de santé, puis par les districts, pour suivre leurs propres performances et les comparer à des objectifs nationaux et locaux fixés d'avance. Les formulaires sont conçus pour permettre aux équipes d'identifier facilement les domaines dans lesquels les résultats sont faibles et pour réagir en conséquence.

## Normes

L'élaboration de normes cliniques se fait au niveau central. Pour éliminer la confusion que créent plusieurs directives pour différents programmes verticaux, le CBoH a décidé de préparer un manuel des

normes pour six activités préventives, promotionnelles et curatives essentielles. Le manuel intitulé *Integrated Technical Guidelines for Front Line Health Workers* (ITG) porte sur les normes dans les domaines médicaux suivants: i) paludisme; ii) santé de la reproduction et planification familiale; iii) VIH/SIDA et maladies sexuellement transmissibles; iv) santé et nutrition de l'enfant; v) tuberculose; et vi) eau et assainissement. La communication de ces normes se fait essentiellement par des séances de formation en classe. Le CBoH combine l'apprentissage des directives techniques intégrées à la formation

sur le nouveau SIGS, avec une durée totale de deux semaines par stage de formation. La formation devrait s'achever en 1999.

Par le biais du PAQ, la Joint Commission International travaille avec le Conseil central zambien de la santé, les conseils des infirmiers/infirmières et des médecins, et les associations professionnelles pour entamer l'élaboration de normes d'accréditation des hôpitaux et la création d'un programme national

d'accréditation. Le PAQ travaille actuellement avec le Conseil zambien d'accréditation et le Conseil central de la santé pour mettre au point une structure de direction et d'administration pour le programme d'accréditation des hôpitaux et il a formulé des normes d'accréditation qui sont actuellement à l'essai dans 20 hôpitaux. Les normes seront éventuellement appliquées dans tous les hôpitaux du pays.

*En Zambie, l'application de la méthodologie de résolution de problèmes a apporté certains avantages, en plus d'avoir fourni des solutions aux problèmes ayant un impact sur la prestation de services de qualité.*







## Amélioration de qualité

Environ 85 équipes d'amélioration de qualité fonctionnent dans 90% des districts zambiens. Les équipes d'amélioration de qualité sont constituées habituellement d'employés d'un établissement de santé. Des exemples tirés d'ateliers de formation en assurance de qualité sont déterminants pour l'identification des problèmes en rapport avec les cycles d'amélioration de qualité. Les équipes identifient également certains problèmes en incorporant les recommandations de clients et de comités santé villageois. Le cycle moyen d'amélioration de qualité est de sept mois mais sa durée peut varier en fonction du type de problème retenu.

En Zambie, l'application de la méthodologie de résolution de problèmes a apporté certains avantages, en plus d'avoir fourni des solutions aux problèmes ayant un impact sur la prestation de services de qualité. L'utilisation de la méthodologie de résolution de problèmes a :

- encouragé l'esprit d'équipe chez les professionnels de différentes disciplines;
- renforcé les compétences et la confiance du personnel pour s'attaquer seul à des problèmes ; et
- développé les capacités et préparé le personnel à des postes de gestion.

## Documentation

Au niveau du centre de santé, le format recommandé pour le cahier de suivi du projet a pour but de faciliter une documentation plus efficace et plus complète des activités de résolution de problèmes en équipe. Les équipes peuvent ainsi décrire la manière dont leurs problèmes ont été identifiés, enregistrer les énoncés de problèmes, démontrer l'utilisation d'outils et d'instruments de collecte de données et présenter des solutions et des résultats. En outre, des

affiches et/ou des tableaux du projet sont parfois placés bien en vue dans le centre de santé. Ces outils visuels communiquent efficacement le souci de qualité de l'établissement, attirent l'attention sur le besoin d'apporter des améliorations semblables dans d'autres services et renforcent la promotion de l'AQ dans tout le centre de santé.

Au niveau des districts, un compte-rendu sommaire des activités du centre de santé est réalisé par le facilitateur de liaison et transmis au personnel d'assurance de qualité du Bureau central de la santé. Les comptes rendus donnent la liste des équipes actives et décrivent le statut et les résultats de leurs activités d'amélioration de qualité. Il y a ensuite des réunions trimestrielles de tous les facilitateurs de liaison pour disséminer les résultats et pour procéder à un échange d'expériences concernant le travail de leurs équipes. Le Conseil central de la santé utilise les résultats de ces réunions pour identifier des possibilités d'amélioration ainsi que pour suivre le nombre des équipes actives d'AQ et l'endroit où elles se trouvent.

## Durabilité

En 1998, le Bureau central zambien de la santé a demandé qu'il y ait une évaluation pour l'aider à concevoir les prochaines étapes de l'amélioration de qualité des soins en Zambie. L'évaluation a été réalisée en septembre 1998 par une équipe internationale dirigée par le PAQ. Afin de valider les résultats, cette équipe a présenté des conclusions préliminaires au CBoH et à ses partenaires durant une réunion de fin de mission et elle a ajouté ces commentaires dans le compte-rendu final. Le CBoH examine actuellement le compte-rendu qui contient les conclusions de l'évaluation et les recommandations proposées par l'équipe.





## Récentes activités de terrain

### Initiative pour faire régresser la mortalité maternelle en Amérique latine et dans les Caraïbes

Durant l'année écoulée, trois ONG qui collaborent au projet—Sacoa, PLAN International et Prodim—ont effectué des évaluations de référence portant sur des communautés de chacun des pays concernés par l'initiative: Bolivie, Équateur et Honduras. En même temps, le PAQ a réalisé des évaluations de qualité des soins obstétriques essentiels (SOE) dans ces mêmes pays.

De mai à août, le PAQ a également organisé des ateliers pour initier le processus de Conception de qualité des SOE dans les trois pays. Les ateliers ont abouti à la formation d'équipes de conception de qualité (quatre équipes en Bolivie, cinq équipes en Équateur et huit équipes au Honduras) qui se concentrent actuellement sur divers éléments de leurs systèmes respectifs de SOE.

Les équipes composées de délégués des établissements de santé et de communautés utilisent la méthodologie de conception de qualité pour s'attaquer aux points faibles du système de soins obstétriques essentiels: la mobilisation communautaire, la formation, l'information et la communication (IEC) et les références/contre-références. Une deuxième série d'activités de conception pour les SOE dans les établissements, la formation en SOE et le transport des femmes présentant des complications obstétriques, commença vers le début de 1999.

### Russie

Dans le cadre des activités de mise en route de l'assurance de qualité en Russie, le PAQ a participé à deux réunions pour la planification des activités sous l'égide de la Commission conjointe américano-russe de coopération économique et technologique. Le Comité santé de cette Commission a identifié "L'accès à des soins de qualité" comme l'un de ses domaines prioritaires. L'Agence pour la politique et la recherche sur les soins de santé (AHCPR) a été choisie pour prendre l'initiative, côté américain, de la coordination de l'accès à des problèmes de qualité avec les homologues russes. Le PAQ soutient plusieurs de ces activités.

L'un des résultats de ces réunions de planification a été le travail du PAQ avec le Ministère russe de la santé depuis juillet pour formuler des projets pilotes de recherche opérationnelle dans les provinces de Tula et de Tver Oblasts. Le projet pilote de Tula cherche à améliorer le système pour le traitement de l'hypertension au niveau des districts. Le projet pilote de Tver élabore des stratégies pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile. Le PAQ et le Ministère russe de la santé ont identifié les problèmes suivants de santé maternelle et infantile qui pourraient faire l'objet d'améliorations pour Tver: la prise en charge de la toxémie de la grossesse au niveau des soins primaires et des hôpitaux, et la prise en charge du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né.

Les objectifs des projets pilotes de recherche opérationnelle sont les suivants:

- Déterminer les résultats qui peuvent être obtenus par une approche en équipe de l'amélioration continue de qualité appliquée dans toute la province et destinée à obtenir des améliorations significatives des résultats médicaux. Le PAQ s'attend aussi à voir des améliorations en ce qui concerne le respect des normes cliniques reposant sur des données scientifiques, et l'efficacité (économie de coûts).
- Déterminer si l'utilisation des normes cliniques basées sur des données scientifiques permet d'obtenir de meilleurs résultats et la participation de médecins.
- Déterminer si lier les indicateurs de qualité nationaux à des activités visant à améliorer les processus des soins produisent des résultats meilleurs tels que mesurés par ces indicateurs.

Le PAQ a fait les premiers pas vers la réalisation de ces objectifs en organisant et en donnant une série de séminaires pour renforcer les capacités locales. En octobre, le PAQ a organisé un stage d'une semaine de formation des formateurs sur les principes et les approches méthodologiques de l'amélioration et sur la conception (refonte) de systèmes de soins. En décembre, le PAQ a donné des cours supplémentaires de formation des formateurs pour les équipes de recherche des projets de Tula et Tver. Au cours des prochains mois, le PAQ travaillera avec les équipes pour collecter des données de référence sur des indicateurs de qualité pour le traitement de l'hypertension, la prise en charge de la toxémie et la prise en charge du syndrome de détresse respiratoire du nou-



veau-né. Le PAQ travaillera ensuite avec le MDS pour identifier les besoins de formation dans ces domaines cliniques et il encadrera les équipes pendant qu'elles conçoivent et mettent en oeuvre des changements dans les systèmes de soins.

## Ruanda

En février 1998, le Ministère ruandais de la santé a demandé, par l'intermédiaire de l'USAID, l'assistance du PAQ pour élaborer un programme national d'assurance de qualité. Six semaines plus tard, le Conseiller principal en AQ, Barbara Kerstiëns, a aidé le MDS à identifier des priorités et à formuler un plan de travail en AQ. En août, dans le cadre d'un effort pour un échange de l'expérience qu'ils ont retirée du programme nigérien d'AQ, deux experts en AQ du programme nigérien—un Conseiller principal et le Directeur des services de santé du Ministère de la santé à Niamey—ont donné deux séminaires à Kigali pour les prestataires de soins et les administrateurs des services de soins ruandais. Le premier cours a porté sur la sensibilisation à l'AQ et le deuxième sur la résolution de problèmes. L'objectif du séminaire sur la sensibilisation à la qualité était de rendre les prestataires de soins et les administrateurs de services plus sensibles à l'Assurance de qualité et à l'approche d'amélioration de qualité, ses principes, sa méthodologie et ses applications potentielles au système de soins ruandais.

Dix-sept représentants des Directions du Ministère de la santé, des Responsables médicaux régionaux, des respon-

sables médicaux de district, l'Association médicale ruandaise et l'École d'infirmières ont participé au séminaire. A la fin de l'atelier, le personnel du Centre hospitalier de Kigali (CHK), qui était le principal group-cible visé, a entrepris des activités de résolution de problèmes au service des urgences de l'hôpital.

À l'issue de l'atelier, le Dr Rwakunda, le chef de la Division de promotion de qualité des soins du MDS a suggéré la formation d'une équipe nationale d'assurance de qualité pour appuyer la cellule d'AQ. L'équipe est constituée de membres de la Division de la promotion de qualité des soins, des Responsables médicaux de deux districts pilotes, d'un délégué de l'Equipe de résolution des problèmes au Service des urgences, de deux Responsables médicaux régionaux et du Conseiller technique de la Direction des services de santé. L'équipe a tenu sa première réunion en octobre pour définir les règles et les objectifs, et pour élaborer un plan de travail. L'équipe se retrouvera tous les mois à Kigali pour travailler sur des projets d'amélioration de qualité.

## Zambie

En 1993, la Zambie a établi un programme d'assurance de qualité dans le cadre d'une stratégie plus exhaustive de réforme du secteur de la santé. Le programme visait à renforcer les capacités d'AQ au niveau des districts et des centres de santé en enseignant au personnel l'élaboration des normes, le suivi et la résolution de problèmes en équipe.

En octobre, le PAQ a dirigé une équipe pour évaluer le programme zambien d'assurance de qualité. Cette évaluation devait documenter les réalisations et identifier les leçons et les défis afin de faire des recommandations qui façonneraient la vision et la stratégie de la phase suivante du programme. L'équipe, formée de trois spécialistes locaux et trois spécialistes internationaux en assurance de qualité et santé publique, a évalué les aspects suivants du programme: *i)* le développement et la communication de normes et le suivi des performances de qualité; *ii)* le travail des équipes d'amélioration de qualité; et *iii)* les systèmes de soutien au programme zambien d'AQ.

L'équipe d'évaluation a trouvé qu'une petite équipe du personnel central avait été capable de mettre en place une structure et des capacités d'AQ dans tout le pays, de susciter un enthousiasme pour l'assurance de qualité et d'initier un travail sur la qualité de questions de soins dans un nombre important de districts sur l'ensemble du territoire.

Les recommandations ont mis l'accent sur des moyens d'intégrer plus pleinement les activités d'AQ dans d'autres directions du Bureau central de la santé, les équipes de gestion régionales et de district, les organes de contrôle et le secteur privé, en particulier dans les domaines de l'élaboration et de la communication de normes, de l'introduction d'aides-mémoires de travail et l'introduction d'évaluation des performances de qualité dans la supervision de routine.



## **Le PAQ coparraine un Séminaire mondial sur l'assurance de qualité dans les pays en développement**

Le PAQ a collaboré avec l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Université de Liverpool et CBO (Pays-Bas) pour organiser un séminaire international sur l'assurance de qualité dans les pays en développement. La réunion a eu lieu du 4 au 7 octobre 1998 à Budapest (Hongrie), en conjonction avec la Quinzième conférence annuelle de la société internationale pour l'assurance de qualité des soins de santé. Avec des délégués de 15 pays, des représentants et des collègues du PAQ ont partagé leurs expériences de la mise en oeuvre d'activités d'assurance de qualité en Bolivie, au Chili, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Maroc, au Mozambique, au Népal, au Niger, au Pérou, en Ouganda et en Zambie. Les discussions durant la réunion qui a précédé la conférence ont mis l'accent sur l'évaluation des actions de gestion et d'amélioration de qualité à tous les niveaux du système de soins de santé. Les participants ont évoqué différents aspects du leadership, des politiques, des stratégies, de la gestion du personnel, des ressources, des processus, de la satisfaction des consommateurs, de la satisfaction du personnel, de l'impact sur la société et les résultats financiers. Le Conseiller principal en assurance de qualité et co-organisateur de la conférence, le Dr Rashad Massoud, a dirigé la séance consacrée au leadership.

## **Conférence internationale sur l'assurance de qualité et la PCIME pour l'amélioration des soins et des services de santé, Niamey (Niger)**

En octobre, le Projet d'assurance de qualité (PAQ) et le Projet de soutien de base à la survie de l'enfant (BASICS) ont organisé une conférence de trois jours pour tirer les enseignements de cinq années de mise en oeuvre de l'assurance de qualité au Niger et de deux années d'efforts conjoints pour associer l'assurance de qualité et la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans les établissements de santé du Niger.

Environ 200 participants, la plupart Nigériens, ont assisté à la conférence qui s'est tenue à Niamey. Tant l'organisation que le contenu de la conférence ont reflété l'implication du personnel de santé nigérien qui travaille dans

deux régions et neuf districts bénéficiant d'un routinier du PAQ/BASICS. Le Ministre de la santé du Niger et le Secrétaire général de la santé étaient présents. Certains participants venaient d'autres pays: Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Sénégal et Togo. Les exposés ont mis en exergue l'expérience de l'introduction d'un modèle basé à la fois sur l'assurance de qualité et sur l'approche de PCIME à utiliser par les agents de santé de district pour améliorer la qualité des soins. Les expériences, telles que présentées par les gestionnaires et les agents, ont démontré que, lorsque les méthodes de gestion de qualité sont intégrées au niveau du district, la qualité des soins s'améliore. Les orateurs ont attesté du fait que le travail d'assurance de qualité, bien qu'exigeant du temps, en vaut la peine. Le dynamisme des orateurs, ainsi que le haut niveau des échanges de vues, ont apporté la preuve de la culture de qualité qui a été mise en place à Tahoua.





## Nouvelles publications du PAQ

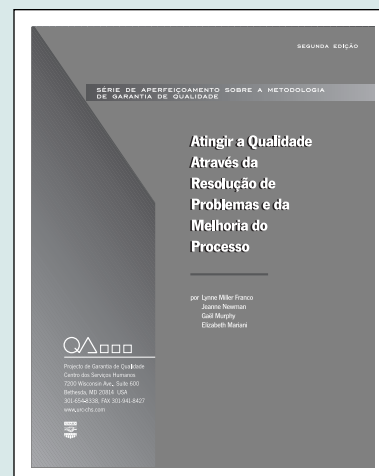
1. *QAP Operations Research Analysis Report. The client perspective: Helping district teams measure and act on client satisfaction data in Niger. Une analyse des outils et des méthodes* par Maina Boucar et Edward Kelley. 1998.

2. *Reducing Treatment Default among Tuberculosis Patients in the Philippines,* par Stewart N. Blumenfeld, Maricor Delos Santos, Ma. Corazon V. Teoxon, Nora Cruz et Frank Dizon. 1998.

3. *Making a Commitment to Quality: Development of a National Quality Assurance Program in Chile, 1991-1995,* par Lori DiPrete Brown et Gilda Gnecco. 1998.

4. *Atingir a Qualidade Através da Resolução de Problemas e da Melhoria do Processo,* par Lynne Miller Franco, Jeanne Newman, Gaël Murphy et Elizabeth Mariani. 1997.

5. *Garantia da Qualidade dos Cuidos de Saude nos Paises em Desenvolvimento,* par Lori DiPrete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh et Theresa Hatzell. 1997.



Pour obtenir un exemplaire de ces documents ou d'autres publications, veuillez contacter:

Dissemination Unit  
The Quality Assurance Project  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811  
USA



Le **Projet d'assurance de qualité** est administré par le Center for Human Services, en collaboration avec la Joint Commission Resources (anciennement Joint Commission International), l'Université Johns Hopkins (dont l'École d'hygiène et de santé publique, le Centre pour les programmes de communication et le Programme de Johns Hopkins pour l'éducation internationale en santé de la reproduction). Le projet est soutenu financièrement par l'Agence des États-Unis pour le développement international dans le cadre du contrat HRN-C-00-96-90013. Pour plus de renseignements, contacter:

Dr David Nicholas, Directeur du projet  
Projet d'assurance de qualité  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811  
DavidN@urc-chs.com



Ou :

Dr James Heiby, Administrateur du projet  
G/PHN/HN/HPR  
Agence des États-Unis pour le développement international  
Washington, DC 20523-1817  
jheiby@usaid.gov

# Nouvelles de qualité



ORGANE D'INFORMATION DU PROJET D'ASSURANCE DE QUALITE

Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20814-4811 • (301) 654-8338